Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 354679

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/08/20	12/08/20	AUTORIZADO	50183014	09/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00370000020138900	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	704806030895745

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FERNANDO CESAR TRINDADE BRITO 03/11/1972	( ) -	FERNANDO CESAR TRINDADE BRITO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	31802	RJ	

21-Codigo na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
82436274720	DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	31802	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	31802	RJ	

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Codigo do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	09/09/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	09/09/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	09/09/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	09/09/20		
5-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA ENTRO	34	MV	1	88,00	0,00	0,00	S	/ /		
6-	00	82008459	EXODONTIA DE RAIZ	47		1	73,00	0,00	0,00	S	/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia Co-participação R$
09/09/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	305,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data local e Carimbo da Empresa
09/09/20 CRO RJ 31802	09/09/20 CRO RJ 31802	09/09/20	09/09/20

PRO - INST. DES. PESQ. E READ. ORAL LTDA